

2. Найбільш інформативними методами візуалізації мальформацій є сонографія та МРТ.

3. Найбільш прогностично несприятливими є ускладнення, що пов'язані з тривалою та резистентною до лікування втратою лімфи.

## Шляхи удосконалення діагностики та лікування дітей із міхуро–сечовідним рефлюксом

М. В. Бойко, Л. М. Харитонюк, О. А. Островська, А. В. Обертинський, К. В. Шевченко, Л. С. Дудка

Дніпропетровська медична академія МОЗ України,  
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

**Вступ.** Частість міхурово–сечовідного рефлюксу (МСР) у дітей висока і становить від 35% до 66,4% серед аномалій розвитку та його ускладнення обумовлюють актуальність даної проблеми.

**Мета.** Полягає в подальшому удосконаленню методів діагностики та лікування дітей із МСР.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежені діти із МСР різного віку. Золотим стандартом являється мікційна цистоуретерографія, ультрасонографія із водним навантаженням та доплерографічне обстеження. Проводилась оцінка стану запального процесу та визначався функціональний стан гломерулярного апарату та ступінь нефросклерозу нирок.

**Результати їх обговорення.** Проліковано 844 хворих дітей із різним ступенем та формою МСР у віці від 3–х до 17 років. Консервативне лікування отримали 211 дітей, ендоскопічна корекція виконана 551 хворому та 82 дітям проведено оперативне лікування. Вікова характеристика хворих: до 4–х років 337; 4–9 років 397, а решта старші діти. Двостороннє ураження виявлене в 39% хворих, лівобічний рефлюкс у 47% хворих. Найбільшу групу склали діти із МСР III ступеню – 632.

На сьогодні існує велика кількість прихильників консервативного лікування, які опираються на тезу про «спонтанне» вікове одужання. Консервативне лікування, яке включало проведення антибактеріальної терапії, відновлення уродинаміки за рахунок покращення функції сечового міхура, у 211 дітей та дало позитивний результат.

Ендоскопічна корекція проведена 551 дитині від 6 місяців до 15 років із МСР II–IV ступеню з вираженими розладами уродинаміки, частими загостреннями пієлонефриту та порушенням функції нирки. Приводом до обстеження цих 215 хворих стала тривала активна стадія пієлонефриту, у 121 хворого – нейрогенна дисфункція сечового міхура, у решти – наявність пієлоектазії.

Проведений аналіз цистоскопій виявив у більшості дітей зміни розташування вічка сечоводу та форми вічок, їх зйняття. Наявність гіперемії слизової оболонки сечового міхура, ділянки шийки та трикутника Л'єто, трабекулярність та посилений судинний малюнок свідчив про тривалий запальний процес. Виявлені особливості впливали на обґрунтування методики інтеропераційного втручання.

В клініці в останній час застосовувались методики HIT та DOUBLE HIT, а також їх комбінації гідрогелем «Нубилант». Повне та ефективне змикання вічка сечоводу та досягнення вида «гірського хребта» для сечоводів вважалось критерієм успішного завершення ендоскопічного лікування. Позитивний результат досягнутий у 87,3% випадків.

У 9,7% дітей ефекту від проведеного лікування не було. Цю групу склали діти із тяжкими формами нейром'язових дисплазій та пацієнти із важкими поєднаними аномаліями сечовивідних шляхів. Прооперовано було 82 дітей. Їм проведене неоецистуретеронеостомія за Коеном (75); Політан–Ледбетером – 5 та 2 за Боарі. Гістологічне обстеження у цієї групи дітей виявило фіброзно–м'язову дисплазію та атрофію перехідного епітелію. Ефективність відкритого оперативного лікування склало 96,3%.

**Висновки.** Використання консервативної терапії можливе впродовж 12–18 місяців при МСР невеликої ступені та при відсутності активної форми пієлонефриту, рефлюкс – нефропатії на тлі мінімальної дисфункції сечового міхура. Приоритетними у виборі методу лікування МСР на сучасному етапі є застосування консервативних та ендоскопічних методів лікування. При важких ступенях рефлюксу та виражених змінах будови сечового міхура хворі із МСР потребують тривалого консервативного лікування, спрямованого на відновлення трофіки та функції сечового міхура та сечоводів.

### Вибір методу хірургічної корекції гастрошизису і омфалоцеле в залежності від рівня внутрішньочеревного тиску

К. Т. Берцун, О. М. Горбатюк

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня,  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шурика

**Вступ.** Одним із шляхів покращення результатів хірургічного лікування новонароджених з вродженими вадами розвитку передньої черевної стінки – гастрошизисом і омфалоцеле – є розробка і впровадження в практичну неонатальну хірургію сучасних способів діагностики внутрішньочеревної гіпертензії і профілактики абдомінального компартмент – синдрому, недооцінка клінічного значення яких може бути причиною несприятливих результатів лікування.

**Матеріал і методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходилось 68 новонароджених з гастрошизисом і омфалоцеле, які знаходились на лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні у 1993 – 2016 роках. З 2005 року в лікуванні цих пацієнтів велике значення стали приділяти оптимізації передопераційної підготовки, яка включала не тільки корекцію дихальних розладів, але і обов'язковий вимір рівня внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). В залежності від цього визначалась хірургічна тактика, що містила заходи, направлені на зниження високого рівня ВЧТ шляхом збільшення обсягу черевної порожнини під час хірургічної корекції вади. Тиск у порожнині сечового міхура, який відповідає внутрішньочеревному, виміряли за допомогою катетера Фолея за власною методикою. При величинах тиску до 10 мм рт.ст. серйозних відхилень з боку внутрішніх органів і показників гомеостазу не спостерігалось. При тиску вище 10 мм рт.ст. виділяли 3 ступеня внутрішньочеревної гіпертензії: Іст. – 10–20мм рт.ст; ІІст. – 21–30 мм рт.ст.; ІІІст. – більше 30 мм рт.ст.

**Результати і обговорення.** Нами виявлена пряма залежність внутрішньочеревної гіпертензії від рівня вісцеро – абдомінальної диспропорції – від помірної диспропорції при гіпертензії ІІ ст. до вираженої диспропорції при гіпертензії ІІІст., що стало обґрунтуванням для вибору хірургічної тактики. Спектр хірургічних втручань при омфалоцеле і гастрошизисі був досить широкий – від радикальної пластики передньої черевної стінки